

Danno alla persona di natura estetica in ambito civile

■ Valerio Cirfera¹, Ivano Marchello²

¹ Specialista in Dermatologia e Venereologia. Coordinatore Nazionale AIDA-GIDeL, Responsabile Dermatologia Scienze Medico-Legali, Università degli Studi di Siena [Dir.: Prof. Cosimo Loré]

² Specialista in Medicina Legale, Lecce

ABSTRACT

In current talk, a damage represent harm or injury to property or a person, resulting in loss of value or the impairment of usefulness. In the medical context a damage is an injury caused by a wound, a disease or a trauma, while in civil law, the technical sense of the term it is a delict committed in contempt, or outrage of any one, whereby his body, his dignity, or his reputation, is maliciously injured. Aesthetical damage is a classical example of how consequences of an injury may include physical hurt as well as damage to reputation or dignity.

Keywords: aesthetical damage, civil liability, scar

Aesthetical damage in civil law

Pratica Medica & Aspetti Legali 2008; 2(2): 95-100

■ INTRODUZIONE

Lo studio del danno estetico, nelle sue molteplici cause, espressioni cliniche e complessità valutativa, rappresenta il cuore della dermatologia legale. Può avere un interesse civile, sociale oppure penale e può essere definito come un'alterazione fisiologica e/o fisiognomica dei tratti somato-espressivi dell'individuo, potenzialmente foriero di importanti conseguenze sulla qualità della vita del soggetto leso, danni patrimoniali ed extrapatrimoniali; in altri termini il danno estetico segna in modo profondo l'esistenza della persona e ne condiziona permanentemente il modo di essere, di vivere e di pensare [1]. Di gran lunga più rappresentato è il danno estetico cutaneo di ordine discromico e cicatriziale post-traumatico; altre cause possono essere iatrogene, secondarie a inconvenienti nell'ambito della chirurgia maggiore, degli interventi a finalità estetica e clinica. Riportiamo, nei contenuti essenziali, un caso di dermatologia clinica che ha avuto risvolti legali in ambito civile, conclusosi in via transattiva con la compagnia assi-

curatrice. Ai consulenti di parte è stata richiesta la valutazione causale, clinica e medico legale sotto il profilo del danno biologico alla persona a localizzazione cutanea e a valenza estetica.

■ DESCRIZIONE DEL CASO

Una mattina di fine estate la paziente, una bracciante agricola di 27 anni, notava l'aggravamento repentino a livello del dorso del piede destro di una chiazza eritematosa dolorosa, insorta qualche giorno prima senza apprezzabili cause apparenti, per cui si rivolgeva al medico di famiglia che prescriveva anti-infiammatori topici e antidolorifici per os. Il giorno successivo, nonostante la terapia in atto, l'edema del piede aumentava e insorgeva febbre medio-alta, motivo per cui lo stesso medico associava antibioticoterapia e prescriveva una radiografia del piede onde escludere la presenza

di una frattura, esclusione comunque confermata dal referto rx piede destro, esame eseguito nel pomeriggio dello stesso giorno. Recatasi al Pronto Soccorso del vicino ospedale, le veniva diagnosticato: «edema e infiammazione, dolore ed impotenza funzionale piede destro: processo suppurativo del piede dx». Seguiva prescrizione di antibiotici e cortisonici per os, immunoglobuline antitetano im e rinvio al medico di fiducia. A domicilio, il quadro clinico diveniva sempre più ingravescente, l'edema si complicava con una lesione bollosa; il colorito rosso del piede virava verso il bluastro, guadagnava il segmento inferiore della gamba omolaterale e la temperatura corporea raggiungeva i 39-40°C [2], ragione per cui la ragazza veniva ricoverata in un reparto di medicina generale.

DIARIO CLINICO DEL I GIORNO DI RICOVERO

La diagnosi di entrata riportava «sospetta complicanza tromboflebitica arto inferiore dx in paziente con ferita settica piede dx insorta da circa 4 giorni, iperpiressia, secondaria a lesione da infradito malcurata». L'esame obiettivo in cartella: «edema del piede dx, della caviglia e della gamba dx, con segni di flogosi acuta e linfangite reattiva; lesione della cute e del derma del dorso del piede con zona priva di cute che si presenta ecchimotica con formazione di flittene, che si estende dal II dito sino alla caviglia».

Si espletavano le consulenze e gli esami di laboratorio routinari ritenuti opportuni e necessari, il profilo glicemico e l'rx torace. Si iniziava terapia con cefalosporina di terza generazione per via parenterale, un flacone per due volte al giorno, soluzione fisiologica con anti-infiammatorio e gastroprotettore; si aggiungeva anticoagulante sc.

DIARIO CLINICO DEL II GIORNO DI RICOVERO

Si rilevavano ipopotassiemia, VES di 70 mm, pseudocolinesterasi ridotta rispetto ai valori normali, eritrociti = $2,90 \times 10^6/\mu\text{l}$, leucociti $12 \times 10^3/\mu\text{l}$, neutrofili 97%, sideremia = 9,5 mg/dl, emoglobina = 10 g/dl. Si richiedevano emocoltura alle puntate febbrili, visita chirurgica, rx piede ed ecocardiogramma.

DIARIO CLINICO DEL III GIORNO DI RICOVERO

Si introduceva un fluorchinolonico in due somministrazioni giornaliere e si incrementava la terapia idratante. L'emocoltura risultava negativa. La radiografia del torace evidenziava un'accentuazione del disegno ilo-polmonare a carattere vascolare.

La consulenza chirurgica era la seguente: «vasta piaga piede dx con edema infiammatorio, concomitante interessamento della gamba con eritema, edema e bolle da cui fuoriesce un liquido citrino. Diagnosi: flemmone piede dx con sospetta tromboflebite secondaria. Continuare terapia in corso. Utile eseguire ecodoppler venoso per studio del circolo profondo. Si consiglia visita specialistica dermatologica urgente e tampone cutaneo per la ricerca microbica + antibiogramma».

Persisteva stato iperpiretico a 40°C, astenia e dolore gamba dx. La pressione era pari a 90/60 mmHg. Si somministravano cortisonici in fisiologica, impacchi antisettici mattino e sera e applicazione successiva di steroidei topici. All'ecodoppler arti inferiori: «non segni di stenosi emodinamicamente significative. Sistema venoso profondo arti inferiori nella norma».

DIARIO CLINICO DEL IV GIORNO DI RICOVERO

Situazione lievemente migliorata. Si introduceva una fiala di furosemide + albumina.

DIARIO CLINICO DEL V GIORNO DI RICOVERO

Si inviava la paziente a un altro presidio ospedaliero per eseguire consulenza anestesilogica ed eventuale terapia iperbarica. Valutazione anestesilogica per OTI: «paziente affetta da flemmone piede destro. La valutazione anestesilogica non rileva patologie in atto che controindichino il trattamento OTI. Tale trattamento dovrà protrarsi per circa 20 sedute [...] da effettuarsi per 5 gg la settimana». Eseguita terapia iperbarica, la paziente ritornava presso il reparto in cui era ricoverata.

DIARIO CLINICO DEL VI GIORNO DI RICOVERO

Si ripresentava febbre elevata = 40-41°C (non riportata in diario clinico, ma riferita dai parenti). Si prescriveva un'altra terapia antibiotica generale. La paziente cominciava a presentare agitazione psico-motoria, per cui le venivano somministrate gocce ansiolitiche per os.

DIARIO CLINICO DEL VII GIORNO DI RICOVERO

I parenti richiedevano la consulenza dermatologica o, in alternativa, il trasferimento della congiunta presso un nosocomio con struttura specialistica di settore, in quanto il quadro clinico locale e

generale non migliorava, anzi peggiorava repentinamente; la paziente era estremamente spossata e astenica, non aveva un sensorio lucido, la febbre rimaneva elevata e sopraggiungeva un obiettivo decadimento delle condizioni globali. I parenti chiedevano il trasferimento della propria congiunta in ambiente specialistico, senza ottenere una risposta positiva.

TRASFERIMENTO VOLONTARIO

Il giorno successivo, contro il parere dei Sanitari, la paziente veniva trasferita dai parenti presso presidio ospedaliero specializzato in dermatologia e chirurgia plastica; veniva posta diagnosi di vasto flemmone piede e gamba destra, immediatamente le veniva drenata la lesione cutanea, si eseguiva tampone cutaneo per la ricerca specifica microbiologica e antibiogramma e si richiedeva lo studio per l'assetto immunologico; successivamente, sempre in regime di ricovero, si rendeva necessario l'intervento di innesto cutaneo prelevato da altra sede corporea, a causa della vasta perdita di sostanza nella regione della lesione primitiva. Dopo alcune settimane dal secondo ricovero seguiva guarigione delle lesioni del piede e gamba destra con vasti postumi discromico-cicatrizziali, che venivano valutati in sede medico-legale una volta avvenuta la stabilizzazione dei loro esiti (Figura 1).

A circa due anni dalla stabilizzazione del processo cicatriziale, la perizianda lamenta una sintomatologia di tipo ansioso-depressivo, con alterazioni del tono dell'umore secondarie al danno estetico residuo.

ESAME OBIETTIVO ATTUALE

Al momento si apprezzano esiti discromico-cicatrizziali inestetici, prevalentemente pianeggianti e di rilevanti dimensioni, al dorso e regione laterale del piede destro, estesi al terzo inferiore della gamba omolaterale. A livello del dorso del piede è evidente un'area grossolanamente ovoidale ipocromica a margini netti, accentuati e ipercromici, segno del pregresso intervento di innesto cutaneo supplente della perdita di sostanza cutanea per necrosi; la sua superficie è di 10 x 6 cm, prevalentemente distrofica. Si apprezzano altresì a livello della regione mediana della coscia omolaterale, due aree simmetriche ipercromiche, sedi di pregressa asportazione di sostanza cutanea, finalizzata ad innesto cutaneo per la cura chirurgica della dermatosi *de quo*. Coesistono parestesie, distesie e xerosi in sede di danno cutaneo. La mobilità dell'articolazione tibio-tarsica destra risente negativamente dell'estrema ipo-anelasticità cutanea sovrastante.



Figura 1. Lesioni della paziente: gamba e piede destro

RIFLESSIONI E QUESITI POSTI DALLA PAZIENTE IN SEDE DI VISITA MEDICO-LEGALE

I quesiti posti dalla paziente hanno interessato la prestazione d'opera professionale dei Sanitari inerente il primo ricovero e hanno avuto per oggetto il rapporto medico-paziente e lo svolgimento dell'attività diagnostico-terapeutica. La perizianda lamenta l'insufficiente *counseling* che ha caratterizzato il rapporto medico-paziente nel caso specifico e la carente informazione ricevuta, in specie del suo contenuto, in riferimento alla dermatopatia di cui era affetta; in particolare, l'assenza di una comunicazione interattiva proficua con i Sanitari le ha impedito un'adesione effettivamente partecipata alla programmazione degli atti medici, finalizzati alla risoluzione o miglioramento del suo contingente problema di salute. In altre parole, la paziente contesta l'assunzione di condotte professionali che non le hanno ben rappresentato la sua reale situazione clinica e di conseguenza non le hanno dato la possibilità di comprendere nello specifico la gravità della dermatosi in atto. Se le informazioni fossero state rese in modo adeguato, soprattutto in merito a natura, portata ed evoluzione della malattia cutanea, le avrebbero consentito di scegliere, sin dal primo giorno di ricovero, se rimanere ricoverata nel reparto o non restarvi affatto e rivolgersi, quindi, come poi è avvenuto il VII-VIII giorno, ad ambienti a suo avviso più idonei per la particolare patologia, allo scopo di giungere precocemente a una diagnosi causale ed effettuare una terapia appropriata per prevenire la vasta necrosi tissutale e la conseguenziale perdita di sostanza cutanea, come purtroppo è accaduto successivamente.

Il rapporto medico-paziente, con il passare dei giorni di ricovero, è divenuto sempre più ineffi-

ciente al punto di deteriorarsi del tutto, anche con i parenti. Prova ne è il rifiuto della seconda seduta OTI e l'epilogo stesso del ricovero, caratterizzato dalla dimissione volontaria. La dimissione volontaria è maturata in seguito al peggioramento repentino progressivo delle condizioni di salute, sia locali cutanee che generali, per cui i parenti, visto tutto ciò e preso atto, a loro dire, che «i Sanitari del reparto non si adoperavano a richiedere e/o a far eseguire le dovute consulenze ed esami specifici dermatologici in materia, pur suggeriti dai chirurghi dello stesso nosocomio e non prendevano in considerazione la necessità di un trasferimento in ambiente specialistico», procedevano, contro il parere dei medici, alla dimissione volontaria della propria congiunta e al trasferimento in altro nosocomio.

■ ASPETTI MEDICO-LEGALI

Il medico, nei confronti del suo assistito, che a lui si rivolge per uno stato psicofisico precario, ha essenzialmente due doveri.

Il primo è **informarlo adeguatamente sulla malattia, in merito a cause, aspetti clinici, evoluzione, eventuali complicanze, terapia e suoi risultati o, nel caso in cui il quadro clinico non sia ancora chiaro, sulle procedure diagnostiche più opportune da eseguire, ivi compresi vantaggi, rischi e alternative**, in modo da consentire al paziente la scelta di aderirvi o meno, in modo partecipato, libero e consapevole; si tratta dell'obbligo del consenso informato, che, peraltro, si ricava da un ampio quadro normativo dato da alcuni articoli della Costituzione, del Codice penale, del Codice civile, del Codice di Deontologia medica, così come dalla Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e da copiosa giurisprudenza, anche recente [2].

Il secondo obbligo è quello di **operare con appropriata diligenza, accortezza e competenza** nel rispetto, sia pur con spirito critico, delle regole dello stato dell'*ars medica*, così come previsto in ambito giuridico e scientifico, al fine di migliorare o guarire lo stato patologico del paziente.

Il primo obbligo è fonte autonoma di responsabilità professionale, indipendentemente dalla qualità e risultato della prestazione d'opera professionale svolta, se dalla sua carenza derivi danno al destinatario dell'informazione. L'informazione deve essere chiara anche sulle competenze specifiche dell'*équipe* sanitaria, derivanti non solo dal sapere, ma anche dal saper fare, ossia dall'esperienza riguardo alla materia e al caso specifico, oltre che sulle potenzialità strutturali, tecnologiche e interventistiche diagnostico-terapeutiche afferenti alla

struttura sanitaria in cui avviene un ricovero o un qualsiasi atto sanitario [3-5].

Nel caso in esame l'informazione adeguata avrebbe messo il paziente nelle condizioni ottimali di operare una scelta, nel caso di specie, riguardo al fatto di rimanere ricoverato nella struttura o chiedere il trasferimento in altro ambito, se ritenuto più specifico per affrontare la particolare malattia [6].

Infine, l'informazione deve essere documentata, meglio se riferita allo stato dell'arte aggiornato e annotata in scheda sanitaria nel rapporto libero-professionale o in cartella clinica nella struttura sanitaria [7], accorgimenti, questi, che oltre a ritornare utili nella pratica clinica, sono considerati veri e propri elementi indiretti di diligenza del medico, ivi inclusa l'aggiuntiva documentazione iconografica, soprattutto, come in questo caso, in ambito dermatologico ed estetico.

In realtà in alcune branche della medicina e chirurgia ricorrerebbe un terzo obbligo, ossia quello di conseguire un risultato, a maggior ragione se promesso, come nel caso della odontoiatria protesica e delle prestazioni di medicina e chirurgia puramente estetica.

Nel caso sopra descritto, risulta palese dall'anamnesi che non vi è stato un ottimale *counseling* tra i Sanitari e la loro paziente; di fatto, nonostante l'obiettivo peggioramento clinico, riportato anche in cartella clinica, non veniva disposto un trasferimento in dermatologia, ovvero in un ambiente specialistico. L'informazione sulla particolare malattia, sulle procedure diagnostiche per meglio definirla e sulle sue eventuali conseguenze è stata carente. Dall'esame della cartella clinica, si evince che è stata effettuata una terapia antibiotica a largo spettro sulla base di una definizione morfologica a carattere flemmonoso della malattia a probabile genesi infettiva, terapia non preceduta da antibiogramma specifico su materiale biologico prelevato dalla lesione. Il tampone cutaneo della lesione diagnosticata come "flemmonosa", è un esame semplice per la ricerca di germi notoriamente "epi-dermo-fili" comuni e non, specie Streptococchi e Stafilococchi, oltre che Miceti e quant'altro era nelle possibilità del laboratorio; oltretutto l'esecuzione di un antibiogramma avrebbe potuto consentire la somministrazione di una terapia antibiotica mirata, se mai le lesioni fossero state di origine infettiva. In realtà a tal proposito sarebbe giusto obiettare che la terapia *ex adjuvantibus* è prassi comune in medicina, spesso giustificata dalla tempistica di intervento, dato che gli esiti degli esami microbiologici possono comportare alcuni giorni di tempo; in questo caso comunque un tampone cutaneo, procedura di facile e comune effettuazione, non è stato effettuato nel primo ricovero. Purtroppo la terapia non sortiva alcun effetto benefico, anzi era seguito un netto peg-

gioramento, con puntate febbrili anche elevate. Si decideva per questo di chiedere una consulenza chirurgica e una consulenza per arruolare la paziente in terapia OTI in camera iperbarica. Nonostante i chirurghi chiedessero con urgenza un ausilio specialistico dermatologico, il servizio non veniva espletato e, anche qualora il presidio ospedaliero ne fosse stato sprovvisto, sarebbe stato opportuno richiederlo all'esterno o in alternativa trasferire la paziente. In aggiunta non si procedeva ad eseguire un esame del liquido di bolla, da prelevare dalla flittene sul piede, per eseguire esami di ordine citologico, nell'ipotesi di un'eziologia da disordine immunologico citolitico. Non si era proceduto neppure a un esame istologico su prelievo biotico cutaneo, in condizioni di permissività clinica relativamente a tessuti ancora integri, come potevano esserci nei primi giorni di ricovero, consapevoli che un'eventuale complicità necrotica, come poi nella realtà si era verificato nei giorni seguenti il ricovero, ne avrebbe di fatto reso difficile l'effettuazione e verosimilmente inefficace o impossibile l'interpretazione; l'effettuazione di un esame istologico avrebbe facilitato la diagnosi eziologica e permesso di eseguire l'immunofluorescenza su tessuto.

Agli atti del primo ricovero non risultano eseguiti particolari esami ematici e sistemici mirati ad escludere o riscontrare una patogenesi immunologica della dermatosi, come nel caso di un pioderma gangrenoso. I fatti purtroppo dimostrano che le cure effettuate durante il ricovero non hanno sortito alcun effetto.

La paziente era arrivata alla VII giornata di ricovero in condizioni generali più compromesse rispetto al giorno d'entrata, con febbre persistente, anemia grave e spossatezza ai limiti di una situazione rischiosa per la salute, con ipopotassiemia grave (2,96 mEq/l), ecc. Stante la resistenza clinica al trattamento posto in essere, potevano sorgere i seguenti quesiti:

- resistenza batterica agli antibiotici?
- farmaci antibiotici non mirati?
- eziopatogenesi non infettiva?

Tali quesiti imponevano uno studio di diagnosi differenziale clinica, dal momento che il quadro descritto sopra potrebbe avere molteplici cause, tra le quali le più probabili sono insite nella genesi infettiva e immunologica. Nel primo gruppo possono essere annoverate l'eresipela, l'eresipeloide, la fascite necrotizzante e la dermo-ipodermite infettiva, mentre nel secondo potrebbero rientrare il pioderma gangrenoso, la vasculite necrotizzante, le panniculiti e le connettiviti. Poiché lo scopo del lavoro non è prettamente clinico ma medico-legale, non ci soffermeremo sull'analisi clinica delle varie dermatosi nominate; possiamo solo prospettare che le due ipotesi più verosimili nel caso

di specie sembrano essere l'eresipela e il pioderma gangrenoso.

Si comprende benissimo come, nel caso in cui la diagnosi fosse stata quest'ultima, una terapia antibiotica non avrebbe potuto sortire alcun effetto positivo, se non su una eventuale componente infettiva sovrapposta. In realtà tale terapia risulta non essere mirata anche nel caso della prima diagnosi, essendo la causa dell'eresipela da ricercare fondamentalmente nello *Streptococco beta-emolitico* di gruppo A, verso cui gli antibiotici di prima scelta sono ritenuti essere le penicilline [8,9].

■ CONCLUSIONI

Il caso clinico qui descritto presentava obiettivi difficoltà, ponendo non pochi problemi sin dall'inizio, motivo per cui sarebbe stato consigliabile seguirlo sin da subito in ambienti specializzati, in modo da procedere allo studio della diagnosi differenziale.

Il motivo per il quale è stato riportato in questa sede non è tanto l'analisi della competenza della prestazione sanitaria resa e in sé e per sé considerata, che pur costituisce spunto di discussione, ma quello di evidenziare che, ancora una volta, **la ragione maggiore che spinge il paziente o chi per esso a iniziare un contenzioso sanitario è insita nell'incomprensione medico-paziente, nell'insufficiente comunicazione e nella carente informazione, che spesso sono interpretate come negligenza o scarsa attenzione e dedizione ai problemi esposti.**

D'altro canto, nel caso di specie, è inconfutabile che una diagnosi eziologica precoce e una terapia mirata, se fosse stato possibile effettuarle, avrebbero rappresentato una valida premessa per una guarigione senza postumi invalidanti apprezzabili.

In tal modo si sarebbe potuto evitare l'intervento di chirurgia plastica [10] e in generale i postumi inestetici e disfunzionali gravemente invalidanti, discromico-cicatriziali polidistrettuali (coscia destra, sede di prelievo di cute, gamba e piede destro per la pregressa necrosi e il necessario innesto) attualmente stabilizzati. Essi hanno contribuito alla determinazione di un ulteriore danno reattivo di ordine psichico, con alterazioni del tono dell'umore in senso depressivo della paziente e conseguenze negative socio-relazionali. Il danno cutaneo discromico può essere trattato con peeling [11] a base di esfolianti e schiarenti, in vari cicli, finalizzati a ottenere un miglioramento dell'attuale quadro clinico, senza tuttavia che possa esserci alcuna garanzia di giungere a un suo effettivo conseguimento.

VALUTAZIONE DEL DANNO

L'inabilità temporanea si è protratta per i giorni relativi ai due ricoveri in forma totale, ai quali si possono far seguire ulteriori 60 giorni di parziale con necessità di sottoporsi a ulteriori periodici controlli e cure specialistiche anche in futuro.

Per la valutazione del danno permanente i consulenti di parte hanno fatto riferimento ai criteri valutativi elaborati nel corso dei convegni medico legali di Como nel 1967 e di Perugia nel 1968 ampiamente illustrati e diffusi da numerosi autori (Luvo- ni et al.; Bargagna et al. ; Mainenti F. ecc.), nonché alle indicazioni provenienti da esperti della scienza medico-legale nei riguardi della valutazione del danno alla persona (Diez S., Gerin C., Umani Ronchi G., ecc.) e di quello estetico in particolare (Io-

rio M., Navissano M.). Alcuni Autori (Bargagna et al.) propongono percentuali indicative per la perdita dell'efficienza estetica fornendo delle classi di riferimento; nella classe III (11-15%) rientra il caso in cui «il pregiudizio estetico complessivo è da moderato ad importante», mentre per il disturbo neuropsichico reattivo si può oscillare, per le forme lievi, tra il 5 e il 10%.

Ciò premesso, i consulenti hanno richiesto che la menomazione rilevata nell'organismo della ragazza sia valutata complessivamente nell'ordine del 15% in riferimento al danno biologico. Per quanto riguarda la riduzione della capacità lavorativa e lucrativa, del danno morale, del danno emergente e lucro cessante, trattandosi di bracciante agricola, va lasciata alla valutazione equitativa o alla sua effettiva dimostrazione.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Cirfera V. Valutazione medico-legale del danno estetico da cicatrici cutanee. *Dermatologia Ambulatoriale* 2003; 11: 42-9
2. Cassazione civile, sez. III, sentenza n. 5444 del 14 marzo 2006
3. Zarone A. Inidoneità delle strutture sanitarie e responsabilità professionale del medico. *Riv It Med Leg* 198; 3: 943-4
4. Palmiere C, Picchioni DM, Molinelli A, Celesti R. Carenza delle strutture sanitarie: a chi la responsabilità? *Difesa Sociale* 2004; 2: 99-114
5. Cassazione civile, sez. III, sentenza n. 6318 del 28 gennaio-16 maggio 2000
6. Cassazione civile, sez. III, sentenza n. 14638 del 30 luglio 2004,
7. Cassazione penale, sez. IV, sentenza n. 1240/2002
8. Binazzi M, Scerrato R. Malattie cutanee da batteri. In: Trattato di Dermatologia. Padova: Piccin Editore, 1988
9. Piazza M, Borgia S. Infezioni da streptococchi. In: Trattato di Medicina Interna. Padova: Piccin Editore, 2002
10. Cirfera V. Aspetti medico-legali in dermatologia chirurgica. Corso AIDA. Catania, 10-11 novembre 2006
11. Labrini G, Guerriero G, Landi GL, Teofoli P, Cirfera V. Peeling chimici: linee guida. *Dermatologia Ambulatoriale* 2006; 14: 7-16